



La entrevista familiar: enseñanza de las técnicas de comunicación

P. Gómez*, C. Santiago*, A. Getino**, A. Moñino***, M. Richart**** y J. Cabrero

*Coordinación de Trasplantes. Hospital General Universitario de Alicante. **Coordinadora Autonómica de Canarias. ***Diputación Provincial de Alicante. ****Escuela U. de Enfermería. Universidad de Alicante.

INTRODUCCIÓN

La entrevista familiar, sin considerarse como parte de la evolución histórica de los trasplantes, continúa siendo el «paso» obligado para su desarrollo en la mayoría de los países. En este momento es el factor limitante para el incremento del número de donantes en España, país que tiene la tasa de donación más alta del mundo.

Desde que en 1991 empezamos el proceso de formación de los Coordinadores de Trasplantes (CCTT) en Vic (Barcelona) se ha modificado considerablemente las técnicas de enseñanza en esta materia, habiendo pasado de ser un tema teórico y su taller correspondiente a organizar un curso monográfico «*Familia y Donación*» donde se imparten técnicas de comunicación de una forma teórico-práctica, especialmente dirigidas a la comunicación de malas noticias y a la solicitud de donación. Realizamos el primero en 1995 y en la actualidad hemos impartido la «*X Edición Española*», habiendo formado a 300 profesionales sanitarios en nuestro país. Estos cursos también se han realizado en La Toscana (Italia) en un número de cuatro, con una participación de 70 alumnos. El curso «*Familia y Donación*» junto con el del «*Proceso de Donación y Trasplantes*», ha permitido incrementar de forma espectacular las tasas de donación en esta región italiana (fig. 1).

LA ENTREVISTA DE DONACIÓN

Es la puerta de la donación y el trasplante, sin embargo a pesar de su trascendencia no existen muchas publicaciones ni investigaciones acerca de esta fase crucial del proceso.

Este tipo de entrevista se debe basar en los conceptos de la psicología humanista y específicamen-

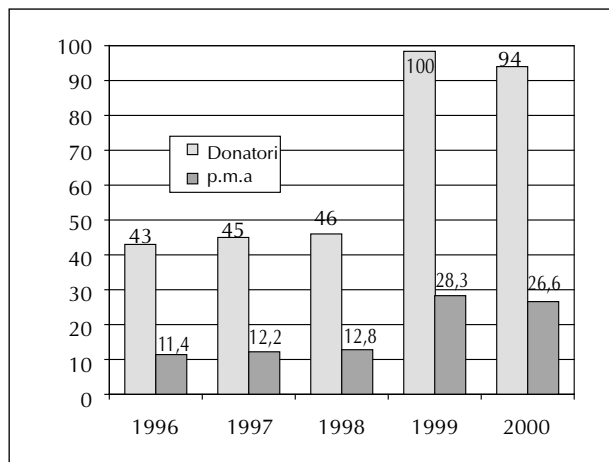


Fig. 1.—Evolución de la donación en la Toscana, Italia.

te en la terapia de Relación de Ayuda (C. Rogers) y de Intervención en crisis.

La dividimos en dos fases fundamentales:

1. Comunicación/explicación de la muerte encefálica.
2. Solicitud explícita de la donación (fig. 2).

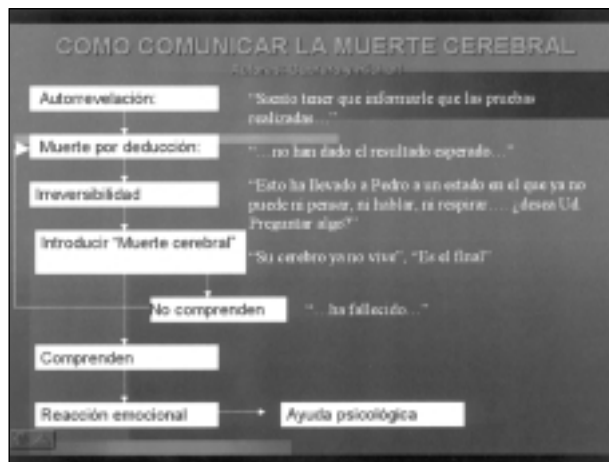


Fig. 2.—Cómo comunicar la muerte cerebral.

Correspondencia: Purificación Gómez Marinero
Coordinación de Trasplantes
Hospital General Universitario de Alicante
C/ Maestro Alonso, s/n.
03010 Alicante

En ambas fases utilizamos las técnicas anteriormente mencionadas, siendo imperativo no iniciar la solicitud de donación antes de constatar que los familiares han entendido que la muerte encefálica es el «fin de la vida» y hayan iniciado la primera fase del proceso de duelo, asumir la pérdida.

FACTORES QUE INFLUYEN EN LA DECISIÓN

Para los entrevistados:

1. El trato recibido durante todo el proceso.
2. Los pre-conceptos sociales o culturales.
3. La aceptación de la relación de ayuda.

Para los entrevistadores:

1. La ansiedad.
2. La falta de experiencias en el trato con familias en proceso de pérdida.
3. La falta de conocimientos del proceso de donación.

¿QUIÉN DEBE SOLICITAR LA DONACIÓN DE LOS ÓRGANOS?

Fundamentalmente la solicitud de donación la debe realizar el equipo de Coordinación de Trasplantes (CT), en colaboración con el médico de confianza de la Unidad en la que se encuentra ingresado el paciente y contando con la ayuda de cualquier persona que oriente a los familiares en sus dudas o problemas, estos pueden ser: sacerdotes, neurofisiólogos, jueces, médicos forenses, personal diplomático, asistentes sociales, psicólogos, etc. Cualquier persona que avale nuestra solicitud puede ser decisiva en la elección final de una u otra opción.

DÓNDE

Prepararemos un espacio, no necesariamente tipo despacho, que asegure la intimidad y el material necesario.

- En un lugar privado con teléfono y ventana.
- Agua y vasos.
- Pañuelos.
- Espacio para estancia de la familia durante el proceso de la extracción, si desean permanecer en el Hospital.

PREPARACIÓN DE LA ENTREVISTA

Se recabará información social, laboral, humana, toda la posible sobre el donante y los familiares encargados de aceptar la donación.

La figura del coordinador de trasplantes (CT) no será conocida por la familia hasta que no se haya establecido el diagnóstico clínico de muerte cerebral. Aunque el/la CT debe estar en contacto con el mayor número de profesionales sanitarios que se hayan relacionado con la familia, ya que las versiones e interpretaciones pueden ser muy variadas.

El mejor momento para preparar la estrategia de la entrevista es durante el tiempo en que el médico encargado informa a la familia sobre el resultado de las pruebas diagnósticas que aseguran la irreversibilidad de la situación. Este tiempo nos permite:

- Valorar la actitud de los familiares:
 - Calmados.
 - Histéricos.
 - Rabiosos.
 - Etc.
- Reconocer algún miembro de la familia, amigo, etcétera, más receptivo o más favorable.
- Evaluar la relación de ayuda que necesitan.
- Valorar si han comprendido que su ser querido esté muerto.

CONTEXTO TEÓRICO: INTERVENCIÓN EN CRISIS

La petición de órganos plantea una situación difícil a los CCTT. Se efectúa la solicitud de donación a una familia justo en el momento en que ésta acaba de sufrir la pérdida de un ser querido, cuando sus miembros padecen los primeros efectos emocionales adversos ocasionados por dicha muerte.

El profesional del equipo de CT puede pensar que su principal misión es lograr la mayor cantidad de donaciones posible, de modo que, con los órganos conseguidos, se puedan salvar las vidas de las personas que están en lista de espera para el trasplante. Sin embargo en los primeros momentos de la solicitud, la principal misión de las personas que la efectúan se debe centrar en dispensar ayuda y alivio emocional a quienes acaban de sufrir la pérdida de un ser querido. Esta ayuda psicológica, puede ser un importante elemento favorecedor del adecuado clima de confianza y comprensión que permita efectuar la petición de órganos en el apropiado contexto emocional, aumentando las probabilidades de donación de éstos por parte de los familiares.

Esta primera ayuda psicológica debe ser muy rápida, de corta duración. El objetivo no es el de responsabilizarse del estado emocional de los familiares y ocuparse de su evolución, sino aliviar los primeros signos de dolor para establecer un clima adecuado para la donación. Siguiendo a Slaikau (1988) podemos conceptualizar el proceso de este tipo de ayuda como una situación de intervención en crisis. El cita-

do autor aporta en su texto, multitud de ejemplos, frutos de diferentes investigaciones, en los que se pone de relieve el papel fundamental de los profesionales de la salud que directamente se relacionan con la persona que acaba de fallecer (servicios de urgencias, unidades de cuidados intensivos, etc.) en el alivio emocional de los familiares, recién comunicada la muerte.

Las reacciones emocionales que acompañan a una muerte dependen de que ésta sea más o menos repentina, inesperada o de que sea prevista desde hace tiempo. En el primer caso, el más común en la donación de órganos, el impacto emocional y el duelo es mayor. Las personas atraviesan por varias fases. La primera es la respuesta de letargo o negación de sentimientos y separación emocional de la realidad de la muerte. La persona sólo admite tanta realidad como es capaz de soportar. En la segunda, la cruel realidad de la muerte no puede ser eludida y los sentimientos relacionados con la pérdida empiezan a sobresalir. Esta fase se caracteriza por la presencia de trastornos emocionales (depresión y cólera por el deceso) y desorganización. Es difícil que en ambas circunstancias, por no aceptar la realidad o por la desorganización emocional y cognitiva (pensamientos confusos y ambivalentes de aceptación y rechazo del suceso), una persona tome una decisión madura y razonada sobre la donación de los órganos del ser querido que acaba de perder. Además, en las muertes consecuencia de accidentes inesperados los familiares pueden tener incertidumbre sobre el papel que ellos han jugado en su causa, por lo que tomar una decisión entra en conflicto con la cuestión de dilucidar cual ha sido su papel en las circunstancias de la muerte. La primera ayuda psicológica que deberían prestar, entre otros, los profesionales de la CdT debe dirigirse a alcanzar un objetivo central: que la persona afectada sea capaz de tomar decisiones.

Todas las situaciones de crisis se caracterizan por un trastorno de las habilidades para la solución de problemas. Para la persona en crisis lo esencial del problema es que él o ella se siente incapaz de hacer frente a las circunstancias abrumadoras del momento. Una ayuda bien dispensada puede ayudar a la persona a que tome las medidas concretas que le permitan el manejo de los propios sentimientos y lo que más nos interesa aquí, la toma de decisiones.

La intervención en crisis, según el último autor citado, consta de cinco pasos:

1. Contacto psicológico.
2. Examinar las dimensiones del problema.
3. Examinar las posibles soluciones.
4. Ayudar a adoptar soluciones concretas.
5. Seguimiento.

En el primero de ellos la persona que acaba de sufrir una pérdida debe sentirse escuchada, com-

prendida y apoyada; el segundo supone considerar sus necesidades inmediatas y posteriores; el tercero, colaborar a identificar o aportar soluciones a estas necesidades; el cuarto, desarrollar estas soluciones y, por último, efectuar un seguimiento sobre las decisiones adoptadas (tabla I).

LA RELACIÓN DE AYUDA

Es aquella relación terapéutica, que se produce en una situación de comunicación cara a cara, ante la necesidad de dar respuestas adaptativas a los problemas planteados.

Hay que resaltar:

- Que es una relación terapéutica. Por tanto, se busca el restablecimiento de un estado de salud-equilibrio del individuo.
- Que se produce en una situación de comunicación cara a cara, mediante la entrevista, en la que tendremos que facilitar y motivar la comunicación.
- Que el objetivo es buscar soluciones a los problemas que una situación nueva ha planteado.

En esta interacción, la persona que ayuda (el CT), realiza un acompañamiento activo de la persona en situación de necesidad de ayuda ante la pérdida (el familiar), realizando una primera intervención encaminada a la expresión de su duelo.

Del choque inicial que produce la comunicación de la muerte, y la consiguiente respuesta más o menos desestructurada de la familia, será la intervención del CT la que la sacará o al menos encauzará hacia una manifestación más adaptativa y equilibrada del duelo.

Aquí reside el objetivo inicial y primordial que debe perseguir el CT en el abordamiento que hace a la familia.

En resumen se trata de acompañar activamente a la familia, estableciendo con ellos una relación de ayuda que les facilite el paso de la situación de crisis, producida por la pérdida, a la expresión adecuada del duelo.

Componentes de la escucha activa y de la relación de ayuda

Clasificación

Es una petición del consejero al interlocutor para que rephrase o restablezca un mensaje previo. El mensaje puede ser confuso, ambiguo, críptico y resulta conveniente su clarificación. El requerimiento se efectúa normalmente con una pregunta; por ejemplo: ¿quiere Vd. decir...? ¿Dice Vd. que...? ¿Podría aclarar esto último?

Tabla I. Intervención en crisis

Pasos	Hacer	No hacer
1. Contacto	Escuchar. Reflejar sentimientos y hechos (paráfrasis, resúmenes...).	Contar la «propia historia». Ignorar hechos y sentimientos. Juzgar o tomar partido.
2. Dimensiones del problema	Formular preguntas abiertas. Pedirle a la persona que sea concreta. Evaluar capacidad para la propuesta de soluciones y la toma de decisiones	Permitir abstracciones continuas. Formular preguntas de sí/no. Ignorar signos de «peligro» (amenazas...).
3. Soluciones	Estimular la inspiración súbita (tormenta de ideas). Abordar directamente los obstáculos. Establecer prioridades.	Permitir una visión de túnel. Dejar obstáculos inexplorados. Tolerar una mezcla de necesidades.
4. Acciones	Tomar una medida a un tiempo. Establecer objetivos específicos a corto plazo. Confrontar cuando sea necesario. Ser directivo, si y sólo si debe serlo.	Intentar resolver todo ahora. Tomar decisiones sobre acciones a largo plazo. Ser tímido. Retraerse de aceptar responsabilidades cuando sea necesario.
5. Seguimiento	Pactar el recontacto. Evaluar las etapas previas.	Dejar detalles al aire, suponer que la persona desarrollará las acciones bajo la propia responsabilidad. Dejar la evaluación a alguien.

Su finalidad es evitar errores de comprensión o confirmar la precisión de lo que se acaba de escuchar.

Paráfrasis

La paráfrasis es una repetición no literal de la parte cognoscitiva del mensaje del interlocutor. Supone una atención selectiva a la parte objetiva del mensaje. La finalidad principal es parafrasear lo que se ha dicho de modo que conduzca a una posterior discusión o a una mayor comprensión del tema. Los objetivos son:

- Animar al interlocutor a la elaboración de la parte cognitiva del mensaje.
- Hacer saber al interlocutor que le hemos escuchado, comprendido.
- Focalizar al interlocutor en una idea, situación o acción.
- Aclarar el contenido, cuando la atención en las emociones es prematura.

Reflexión de sentimientos

Frente a la paráfrasis, la reflexión de sentimientos se dirige a estos y a las emociones. Esta técnica es más efectiva cuando se centra en el estado emocional presente del interlocutor, frente a las

emociones y vivencias pasadas. La reflexión de sentimientos consiste en verbalizar los sentimientos actuales del interlocutor tal como son observados en la entrevista.

Los objetivos de esta técnica son los siguientes:

- Clarificar los sentimientos del interlocutor en una situación particular.
- Comunicar al interlocutor que se le entiende; hacerle sentirse escuchado, comprendido, aceptado.
- Animar al interlocutor a expresar sus sentimientos sobre una situación.
- Ayudar a aprender a manejar los sentimientos, especialmente los negativos como la dependencia, la ira o el miedo.
- Reflejar los sentimientos negativos sobre el personal sanitario o la institución con objeto de evitar un conflicto emocional.

Esta técnica puede resultar difícil de usar. El primer paso a realizar es aprender a identificar correctamente los sentimientos o el tono emocional del mensaje. Para ello hay que prestar atención a las «palabras afectivas» del mensaje y a la comunicación no verbal. Recordemos que esta última es esencial en la comunicación de actitudes interpersonales, del tono emocional.

La expresión empleada debe intentar recoger con la mayor precisión posible la cualidad y la intensidad del afecto comunicado por el interlocutor.

Resúmenes de la información

Son conjuntos de paráfrasis y de reflexiones de sentimientos que sumarizan los mensajes del interlocutor. Los resúmenes pueden referirse a una parte de una entrevista, a toda ella o a varias. Los resúmenes de la información pueden acabar señalando alguna o algunas alternativas posibles a seguir —resumen con contraste—, o incluir sugerencias para reflexionar sobre algunas opciones mencionadas —resumen con punto de decisión— e indicaciones sobre la cuestión más relevante o fundamental a considerar —resumen con figura-fondo.

Las funciones de esta técnica son las siguientes: unir múltiples elementos de los mensajes del interlocutor, identificar un tema predominante para el interlocutor, interrumpir los discursos y centrar la conversación, ayudar a regular el ritmo de la entrevista y revisar el progreso de la conversación, sugiriendo áreas de discusión próximas.

LA COMUNICACIÓN NO VERBAL

La comunicación cara a cara produce mensajes no verbales, los cuales son captados y fácilmente procesados por el interlocutor.

El entrevistador debe prestar atención tanto cuando habla, como cuando escucha debiendo hacer uso de expresiones faciales que muestren receptividad así como realizar asentimientos de cabeza. Un semblante hosco o serio, produce ansiedad y desalienta los comentarios espontáneos. El entrevistador debe mantener un semblante sereno y adecuado a la conversación. No debe utilizar gestos de acusación.

El uso de la *mirada* es la conducta no verbal más importante, en la medida en que es la primera que se ejerce. La mirada puede transmitir comprensión, ansiedad, aceptación, agresividad, etc.

Los *cambios de postura* y unos gestos adecuados con las manos contribuyen a la fluidez de la conversación.

El *contacto físico* forma parte casi siempre de la entrevista, se considera un gesto de apoyo y consuelo o de intimidación según como lo usemos.

POSIBLES ARGUMENTOS A UTILIZAR

1. De solidaridad

a) *Social*: «Todos los podemos necesitar».

Estos argumentos son muy útiles para convencer; ilustraremos con ejemplos individualizados y personalizados, por ejemplo, «una mujer de 24 años necesita el hígado en Barcelona».

Los profesionales de la sanidad conocemos los entresijos de la anatomía y fisiología, en mayor o menor profundidad, más que el no profesional. Esos conocimientos especiales nos hacen sentirnos depositarios de la salud y al margen de la enfermedad y de la muerte.

«El hombre es libre mientras esté sano pero cuando le atenaza la enfermedad recurre al médico y a partir de ahí pierde todo su protagonismo». (Alfonso Olivares, Román Fortuny Ponz. «Protagonismo del hombre en su vida y en su muerte». *Revista Rol*.)

Por eso en este punto es fundamental que al hablar de la solidaridad social nos incluyamos como posibles familiares o donantes o receptores.

Es obvio que los coordinadores/as nos debemos plantear las tres situaciones.

b) *Grupal*: Aludiendo a la potencial necesidad de los otros miembros de la familia. Utilizar preguntas como: *¿conoce a alguna persona trasplantada?, ¿conoce a alguna persona que necesite algún órgano o tejido?* O bien alusión genérica a otras madres, otros maridos otros hijos, etc. que estén esperando angustiosamente un órgano.

c) *Individual*: La propuesta de resolver gestiones judiciales, solucionar trámites funerarios, vehiculizar traslados, etc., ha reconvertido negativas. Hay que ser muy cauto/a a la hora de utilizarlos, para no dar sensación de mercadería, sino de aliviar situaciones ineludibles en momentos muy dramáticos.

2. De utilidad

La sociedad industrial se caracteriza por una negación frente a la muerte. También se ha producido un desplazamiento del morir en el ámbito hogareño, a morir solo/a en una institución hospitalaria.

La noción de familiaridad que tenía la muerte se sustituye por la de ruptura; la de morir acompañado, por la de morir tecnológicamente.

Estas nuevas características de la muerte, facilitan el uso de los criterios de utilidad.

Frente al de RUPTURA → el de continuidad de la vida en otros. Frente al de TECNOLOGÍA → el de seguridad en la muerte.

El mayor y más duro criterio de utilidad es al que nosotros llamamos “el imparable ciclo de la vida”, lo que es igual a decir «¿prefiere que se lo coman los gusanos?».

Hay que ser muy positivos en la comunicación al utilizar este criterio, buscando un momento de gran empatía o conexión, si no puede dar por acabada la entrevista.

3. De gratificación y ensalzamiento

Estos argumentos son muy positivos, elevan la imagen del fallecido ofertándole valores como:

1. Generosidad: Ejemplo: «Le gustaba ayudar a amigos, vecinos, etc.»
2. Reciprocidad: Ejemplo: «A él o a ella le hubiese gustado ser trasplantado/a si hubiera sido posible.»
3. Valentía: Ejemplo: «¿El/ella, lo hubiese hecho?».
4. Amor: Ejemplo: «¿El/ella, habría aceptado en caso contrario?»

CÓMO SECUENCIAR LA SOLICITUD DE DONACIÓN

Estos argumentos se deben utilizar de una manera centrífuga por lo que iniciamos preguntando algo sobre el donante y vamos ampliando el círculo hasta llegar a la necesidad social.

1º	Preguntar voluntad del posible donante
2º	Donante
3º	Grupo
4º	Sociedad

En estas primeras intervenciones sobre donación debemos hacer hincapié siempre en utilizar el «después de muerto».

Durante todas las entrevistas, el objetivo más importante es no romper la interacción con la familia, pues ello supondría una pérdida segura del donante. Procuremos:

- Facilitar la expresión de sentimientos.
- Adaptarse al nivel de asimilación.
- Facilitar preguntas abiertas.
- Escuchar activamente y dejar hablar.
- No enfadarse.
- Citar pasados entre 30 y 60 minutos, dejando algo pendiente:
 - Permiso para entrar en la UVI.
 - Consultar algo.
 - Descansar.
 - Esperar a otro familiar.
 - Etc.

Sentimientos más habituales y posible ayuda:
Ante el sentimiento de:

- pérdida → continuidad
- rabia → valentía
- culpa → solidaridad
- impotencia → poder ayudar
- tristeza → consuelo
- cólera → generosidad

Intentaremos responder a sus preguntas con la mayor honestidad evitando frases como: «Debe haber sido voluntad de Dios», «*Debe haber una razón*», «*Por lo menos no sufrió*».

Utilizaremos criterios religiosos, confirmada la necesidad de apoyo religioso de la familia. Si fuera así, avisaremos al sacerdote, introduciendo información religiosa y pastorales, declaraciones, etc. La religión Católica es positiva ante la donación de órganos.

Si es obvio que no desean donar, nosotros agotamos las posibilidades hasta el final, teniendo muy presente que una vez utilizados los criterios de utilidad o responsabilidad social (condena a muerte de otras personas), intentando no culpabilizar, nos debemos de retirar quedando a disposición de la familia para cualquier aclaración o ayuda.

Terminada la entrevista de donación y habiendo la familia aceptado, debemos ejecutar todos los deseos familiares incluyendo el posible vestuario; también hemos de informar de como ha ido la intervención de extracción, sin informar de lo que no nos hayan solicitado.

De igual manera debemos informar a la familia de los resultados (si así nos lo demandan), sin dar jamás nombres o posibilidad de localización de los receptores. Es útil utilizar la figura del forense para la confirmación legal de que tanto la donación como el trasplante son anónimos.

Esta relación de ayuda debe continuar mientras la familia lo requiera (ellos van a ser nuestra mejor publicidad social). Y hemos de tener presente que, sin la familia de los potenciales donantes, no hay trasplante.

CAUSAS DE NEGACIÓN Y ARGUMENTOS PARA EL CAMBIO

Se realizó un estudio multicéntrico durante 1993 y 1994 en el que colaboraron 12 hospitales⁴².

En total se analizaron 618 entrevistas a familiares de donantes, en las cuales se recogían diez causas de negativas familiares identificadas y diez estrategias de reversión aplicables a dichas causas. En la tabla II mostramos las causa de negativa familiar, su porcentaje de aparición y las estrategias de cambio recomendadas.

Tabla II.

Causas de negación	Estrategias de cambio
Presunta negativa del fallecido en vida (40,7%).	<ul style="list-style-type: none"> • El derecho a negarse les garantiza el respeto hacia sus sentimientos y permite la continuidad en la interrelación pedidor/familia. • Investigar la veracidad del deseo del donante. • Utilizar la autopsia.
No quiere la familia (24%).	<ul style="list-style-type: none"> • Valoración de las actitudes individuales de los familiares. • Buscar apoyos favorables hacia el sujeto o sujetos que han de tomar la decisión. • Intentar separar a los miembros en actitud negativa con otros familiares. Criterios de solidaridad recíproca, individual, etc.
Problemas con el Sistema Sanitario (Hospital y/o con los profesionales) (7,7%).	<ul style="list-style-type: none"> • Sacar la donación del contexto del maltrato. • Criterios de solidaridad. • Los pacientes que lo necesitan no son los causantes... • Cualquier tipo de reclamación social se verá avalada por una postura de generosidad y altruismo de antemano. • Despersonalizar por desconocimiento, actuaciones negativas de profesionales individuales, justificando nuestra solicitud.
No comprenden la muerte cerebral (5,8%).	<ul style="list-style-type: none"> • Adecuarnos al ritmo de asimilación de la información. • Investigación de los preconceptos. • Explicación de la muerte mediante símiles biológicos, mecánicos, metafísicos, etc., adaptados al nivel cultural. Evitar terminología médica. • Explicar el coma vegetativo comparativamente con la muerte cerebral. • Facilitar el contacto del donante con el familiar.
Problemas con la imagen y/o integridad del cadáver (4,8%).	<ul style="list-style-type: none"> • Garantizar que la imagen del cadáver no será peor que la que ya conocen. • Hacer especial hincapié a los cirujanos en el aspecto externo de las cicatrices torácicas y enucleaciones oculares. • Utilizar indumentarias adecuadas al uso y costumbre local y/o étnico.
Desconocen el deseo del posible donante (3,8%).	<ul style="list-style-type: none"> • Utilización de argumentos de: gratificación, ensalzamiento, generosidad, reciprocidad, valentía, amor, etc. • Argumentos de solidaridad grupal e individual.
Problemas sociales (3,8%).	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a resolver cualquier problema social. • Garantizar el anonimato.
Problemas religiosos (3,8%).	<ul style="list-style-type: none"> • Recordarles que todas las religiones de nuestro entorno son favorables a la donación. • Utilizar a los ministros religiosos como avales y documentos acreditativos (pastorales, documentos Papales, etc.).
Negativa asertiva (2,9%).	<ul style="list-style-type: none"> • Utilizar criterios de representatividad social. • Grandes dosis de consideración positiva, lo cual ayudará a preservar la relación familia/pedidor.
Se lo quieren llevar a casa (1,9%).	<ul style="list-style-type: none"> • Caso judicial: se lo/la van a llevar antes. • Caso no judicial: criterios de responsabilidad y/o solidaridad por un poco más de tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- Morgan HH, Cogger JW: *Manual del Entrevistador*. TEA Ediciones. Madrid, 1977.
- Goodale JG: *La Entrevista*. Ed. Pirámide. Madrid, 1988.
- Rogers C: *El proceso de convertirse en persona*. Ed. Paidós. Buenos Aires, 1979.
- Davis F: *La Comunicación no verbal*. Ed. Alianza Editorial. Madrid, 1982.
- Watzlawick P, Helmick Beavin J, Jackson DD: *Teoría de la comunicación humana*. Ed. Herder, Barcelona, 1981.
- Martín González A: *Psicología humanística, animación socio-cultural y problemas sociales*. Ed. Popular, S.A. Madrid, 1988.
- Dietrich G: *Psicología general del counseling. Teoría y práctica*. Ed. Herder. Barcelona, 1986.
- Kelly JA: *Entrenamiento en las habilidades sociales. Guía práctica para intervenciones*. Biblioteca de Psicología Descende Broower. Bilbao, 1987.
- Kaufmann AE: La muerte en la sociedad industrial, una aproximación sociológica. *Revista Rol*.
- Kubler Ros E: *On death and dying*. MacMillan publishing. Inc. New York, 1970.
- Argyle M: *Psicología del comportamiento interpersonal*. Ed. Alianza Universidad. Madrid, 1981.
- Aries P: *Essais sur l'histoire de la mort en Occident du moyen age a nous jours*. Ed. du Seuil, Paris 1975.

13. Diversos autores: *Sociología de la muerte*. Ed. Sala, Madrid, 1974.
14. Howard S: ¿Cómo pedir a los familiares afligidos que donen tejidos u órganos? *Nursing* 89.
15. Martín González A y cols.: Donación de órganos para trasplantes. Aspectos Psicosociales. *Nefrología*. Vol. XI, 1991.
16. Olivares A, Fortuny Pons R: Protagonismo del hombre en su vida y en su muerte. *Revista Rol*.
17. Segura M, Viladomat A, Lacasta I, Villajos F, Monje I: Análisis y modificación del comportamiento social. Una guía para el entrenamiento en competencia social. *Colección Apuntes Centro Luria*. Madrid, 1985.
18. Gómez P: La entrevista de donación y la relación de ayuda. En: Matesanz R y Miranda B (ed.). *En Coordinación y Trasplantes. El modelo español*. Grupo Aula Medica, S.A. p. 125-134, 1995.
19. Pottecher T, Jacob F, Pain L, Simon S, Pivrotto ML: Information des familles de donneur d'organes. Facteurs d'acceptation ou de refus du don. Résultats d'une enquête multicentrique. *Ann Fr Anesth Réanim* 12: 478-482, 1993.
20. Rene AA, Viera E, Daniels D, Santos Y: Organ Donation in the Hispanic population: ¿donde están ellos? *J Natl Med Assoc* 86: 6-13, Jan 1994.
21. Wanser P, Goetzinger P, Steininger R y cols.: Discontinuing of a Permanent Information and Education Program Among Donor ICUS Leads to a 50% Decrease of Organ Donor Rates. *Transplant Proc* 25: 2988-2989, 1993.
22. Pérez San Gregorio MA, Domínguez JM, Murillo F, Núñez A: Factores Sociales y psicológicos que influyen en la donación de órganos. *Psicothema* 5: 241-253, 1993.
23. Domínguez JM, Murillo F, Muñoz A, Pérez MA: Psychological aspects leading to refusal of organ donation in Southwest Spain. *Transplant Proc* 24: 25-26, 1992.
24. Gordon AK, Herzog A, Lichtenfeld D: Surveying donor families: A comparison of two organ procurement organizations. *Clin Transplantation* 9: 141-145, 1995.
25. Noury D, Carre P, Auger E y cols.: Preliminary Results of a Survey on the Information of Families of Organ and Tissue Donors. *Transplant Proc* 27: 1660-1661, 1995.
26. Argyle M: *Psicología del comportamiento interpersonal*. Madrid: Alianza Editorial, 1978.
27. Borrel F: *Manual de entrevista clínica*. Barcelona: Doyma, 1989.
28. Burnard P: *Counselling skills for health professionals*. London: Chapman & Hall, 1989.
29. Caballo V: *Teoría, evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Valencia: Promolibro, 1988.
30. Goldstein AP: Métodos para mejorar la relación. En: Kanfer FH y Goldstein AP. *Como ayudar al cambio en psicoterapia*. Bilbao: BBD, 1987.
31. Cibanal L: Interrelación del profesional de enfermería con el paciente. Barcelona. Doyma, 1991.
32. Cormier LS, Cormier WH, Weisser RJ: Interviewing and helping skills for health professionals. Boston: John & Barlett, 1986.
33. Gil F: Entrenamientos en habilidades sociales. En: Mayor J y FJ. *Labrador, Manual de modificación de conducta*. Madrid: Alhambra, 1984.
34. Janis IL: *Formas breves de consejo*. Bilbao: DDB, 1987.
35. El proceso de donación de órganos: Actitudes e implicaciones. Programa Integral Europeo para la Donación de Órganos (EDHEP).
36. Cibanal L, Arce M^oC: *La relación enfermera paciente*. Alicante: Ed. Universidad de Alicante, 1991.
37. Patterson C.H: *Teorías del Counseling y psicoterapia*. Bilbao: Ed. Desclee de Brouwer. Bilbao, 1978.
38. Kagan C, Evans J, Kay B: *A manual of interpersonal skills for nurses*. London: Harper & Row, 1986.
39. Jelly JA: *Entrenamiento de las habilidades sociales*. Bilbao: DDB, 1987.
40. Peitchinis JA: *La comunicación entre el personal sanitario y los pacientes*. Madrid: Alhambra, 1982.
41. Slaikau KA: *Intervención en crisis*. México. El Manual Moderno, 1988.
42. Gómez P, Santiago C y cols.: Estudio Multicéntrico sobre negativas familiares a la donación. *Revista Española de Trasplantes*, 1994.